

Velferdsteknologi og teleomsorg: Nye idealer og former for omsorg

Ingunn Moser og Hilde Thygesen

Mannen min fikk [demens]diagnosen for snart fem år siden. Han har alltid vært mye ute og gått lange turer, også etter at han ble syk. Problemene kom etter hvert. Det var noen episoder da han gikk seg bort, og en gang holdt han på å fryse i hjel. Da hadde han gått ut altfor tynkledd og hadde ikke funnet veien hjem. Etter hvert snudde han døgnet og begynte å gå ut på nattetid. I en periode var jeg ute og lette etter han nesten hver natt. Det var et mareritt for både han og meg. Jeg skulle jo fungere i jobb! Det var da jeg anskaffet denne GPS-en. Den er koblet til min og vår datters mobiltelefoner og gjør det mulig å finne ut hvor han er til enhver tid. Jeg må si at det var som å få et nytt liv for oss begge to. Plutselig kunne jeg begynne å trene og bli med i koret igjen. Og mannen min begynte å gå på dans jevnlig, noe han ikke hadde gjort på mange år. Det var fantastisk. Han brukte GPS-en i tre år mens han fremdeles bodde hjemme.

Jeg hadde faste rutiner for ladning av GPS-en. Jeg var livredd for å glemme det, så jeg satte den til ladning hver kveld, selv om det ikke strengt tatt er nødvendig. Etterpå, før jeg la meg, festet jeg den til beltet på buksa hans, for den tok han alltid på seg når han sto opp. Da visste jeg at han ikke ville miste den.

Da han flyttet til omsorgssenteret for ett års tid siden, var det uvisst om han fikk beholde GPS-en. Personalet hadde ingen erfaring med dette fra før og kontaktet Fylkesmannen for avklaring. Heldigvis godkjente Fylkesmannen relativt raskt at han fikk bruke den. Hvis ikke ville han ha måttet flytte på skjermet [lukket] enhet. Det var avdelingslederen på omsorgssenteret helt klar på, for de har jo ikke ressurser til å følge ham ut til enhver tid. Fremdeles er han mye ute og går. Aller helst hver dag. Nå er det personalet på omsorgssenteret som følger han opp, som sjekker opp hvor han er, og alt sånt.

Historien ovenfor er hentet fra et intervju med en pårørende som forteller om mannens demenssykdom og erfaringer med å bruke en GPS-basert sporings-teknologi. Teknologien ble først brukt da mannen bodde hjemme, men den ble også brukt senere, etter at han flyttet på institusjon. For enkelhets skyld kaller vi mannen Per Hansen.¹⁹ Historien gir en konsentrert introduksjon til spørsmålene og tematikken i dette kapitlet. Hvilken forskjell – eller hvilke forskjeller – gjør egentlig innføring av nye teknologier i helse- og omsorgstjenester? Og hvordan gjør de det, og for hvem? Er det slik at noen tjener og noen taper på disse innovasjonene i helse- og omsorgssektoren, setter de omsorgen til side, eller påvirker de selve innholdet, verdiene og forståelsen av omsorg? Og hvis det siste er tilfellet: Hvordan skal vi tenke om og forholde oss til det?

At GPS brukes i demensomsorg, er bare ett eksempel på en ny omsorgsløsning som innebærer å bruke IKT-basert teknologi. GPS er en form for sporings- eller lokaliseringsteknologi som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon.²⁰ En GPS-enhet kan være integrert i en mobiltelefon. Den kan også være en egen enhet som kan legges i en lomme eller en veske, festes til en rullestol, bæres rundt halsen eller som armbånd. Det finnes mange ulike varianter. For at man kan spore GPS-enheten og sjekke hvor en person er, kan man for eksempel bruke en smarttelefon med en kobling til et kart. For beboere ved institusjon brukes også pc, det vil si at ansatte må logge seg på en pc for å sjekke hvor Herr Hansen er.

Andre eksempler på denne typen teknologier er automatiserte alarmer og detektorer som varsler dersom det skjer noe som faller utenfor definerte normer, som når en person faller eller en kokeplate blir overopphetet. Det kan også være medisinsk-teknisk utstyr som gjør det mulig for kronisk syke som bor hjemme å overføre data om for eksempel vekt, blodtrykk og hjertefrekvens til en vaksentral knyttet til behandlende team på sykehus. Det som er felles for disse ulike konstellasjonene av teknologi og omsorg, synes å være at de åpner opp for både omsorg på avstand og nye former for egenomsorg (Pols, 2012; Pols og Moser, 2009).

I Norge har det å bruke ny teknologi i omsorg lenge vært et omdiskutert tema (Thygesen 2009). Det gjelder ikke minst bruk av sporingsteknologier og (automatiserte) alarmer i demensomsorg. Den offentlige utredningen *Innovasjon i omsorg* (Helse og omsorgsdepartementet 2011) reiste spørsmålet om og hvordan ny teknologi kan ha en plass i framtidens helse- og omsorgstjenester, på

19 All informasjon knyttet til personer og steder har blitt anonymisert.

20 Til det kan man bruke for eksempel Global Positioning System (GPS) eller Global System for Mobile Communication (GSM). GPS er satellittbasert og fungerer i hovedsak kun utendørs. GSM benytter mobilnettet og kan brukes innendørs, men er mindre nøyaktig enn GPS.

nytt. I utredningen blir teknologi kalt «velferdsteknologi», og det stilles spørsmål ved om teknologien kanskje til og med kan bidra til god omsorg.

Den nye oppmerksomheten på teknologi i omsorgstjenester inngår i en internasjonal trend. På tvers av mange land refererer offentlige utredninger og plan-dokumenter til demografiske og økonomiske utfordringer som vestlige samfunn står overfor, med økning i antallet eldre, forventet mangel på omsorgspersonell og økende forventninger og kostnader til offentlig velferd (se for eksempel rapporten *Building Telecare in England* (2005), OECD-rapporten *Long-term care for older people* (2005) og ISTAG-rapporten *Report on strategic orientations for information and communication technologies research in Europe* (2004)).

Flere politikere, helseøkonomer, teknologer og andre promoterer nå velferdsteknologi som en løsning som skal gi både billigere og bedre omsorg på samme tid. De underliggende antagelsene er at det er ønskelig å eldes og motta den nødvendige støtten i eget hjem fremfor å bli institusjonalisert, og at dette er billigere enn døgnbemannede institusjonsplasser. Ny teknologi blir sett på som en god måte å støtte og gi nødvendig trygghet og sikkerhet til et økende antall eldre som foretrekker å eldes i eget hjem fordi det gjør det mulig å bevare selvstendigheten og uavhengigheten lengst mulig. Samtidig frykter mange eldre, deres hjelpere og talsmenn i forskning og politikk at teknologien vil erstatte menneskelig omsorg. Videre frykter man at den vil gjøre eldre enda mer utsatte, isolerte og ensomme enn med dagens tjenester, ettersom en del av oppgavene vil overlates til teknologien og dermed følges opp på avstand (Thygesen 2009).

Analysene som utvikles i dette kapitlet, viser imidlertid at bildet er mer komplekst enn det denne polariserte diskusjonen åpner for. Det er ikke slik at ny teknologi bare støtter og supplerer omsorgen, som ellers ikke påvirkes eller endres. Det er heller ikke slik at teknologi utgjør et fremmedelement som bare erstatter mennesker og utarmer omsorgen. Vårt argument er at ny teknologi genererer helt nye former for omsorg, med nye idealer, aktører, oppgaver, relasjoner, posisjoner og avgrensninger og sammensetninger av omsorgskollektivet. Ny teknologi innebærer også nye forståelser av og begreper om omsorg.

For å legge vekt på at det er snakk om en spesifikk form for eller versjon av omsorg, heller enn om en isolert teknologi, velger vi i det følgende å snakke om «teleomsorg» i stedet for «velferdsteknologi». Det samsvarer også med den terminologien som brukes internasjonalt. Teknologi representerer ikke noe nytt i omsorg. Teknologi har blitt så integrert med formene for omsorg at den har

blitt naturalisert og usynliggjort for oss (Willems 2001, 2010). Det er heller snakk om spesifikke teknologier som gir noen spesifikke muligheter, og spesifikke konstellasjoner av teknologi og omsorg, som gir spesifikke omsorgsløsninger.

I det følgende analyserer og belyser vi hvordan teleomsorg – eksemplifisert ved bruk av GPS-basert sporingsteknologi i demensomsorg – fører til at det kollektivet som involveres i omsorg, utvides, avgrenses og defineres på nytt. Videre viser vi hvordan det å ta i bruk denne teknologien endrer oppgavene og praksisene knyttet til utøvelse av omsorg. Det kommer nye aktører inn, og ansvar fordeles på nytt. Det utvikles nye posisjoner, nye typer handlekraft, nye kvalifikasjoner og kvaliteter. Omsorgen rettes mot å realisere andre verdier og idealer, og man streber ikke etter de samme målene. Dermed omdefinierer man også selve innholdet, forståelsen av og begrepet om omsorg.

Empirisk trekker kapitlet på data fra en studie utført i forbindelse med et EU-prosjekt om etiske rammer for teleomsorgsteknologier for eldre mennesker som bor hjemme (EFORTT).²¹ Metodisk bygger studien på analyser av politikk- og plandokumenter, diskusjoner i borgerpaneler (med eldre, pårørende og ulike talsmenn for interessegrupper i feltet) og etnografiske studier av og intervjuer om hvordan disse nye omsorgsløsningene fungerer i praksis – både innenfor formelle helsetjenester og i uformell omsorg i hjemmet. EFORTT-prosjektet har et utforskende siktemål og søker å bidra til en rikere forståelse av og refleksjon knyttet til endringene som forbindes med teleomsorg. De norske delene av studien har lagt vekt på demensomsorg.

Intervjuet som den innledende historien er hentet fra, inngår i denne større studien. I presentasjonen i dette kapitlet bruker vi bare utdrag fra intervjuer og annet empirisk materiale knyttet til en enkeltsak, én case. Det har flere grunner: didaktiske, plasshensyn og siktemålet (med kapitlet). I dette kapitlet bruker vi korte utdrag fra det empiriske materialet fra feltarbeid og intervjuer for å utvikle et teoretisk argument om betydningen og implikasjonene av å innføre ny teknologi i omsorg. Vårt viktigste mål er å bidra til diskusjonen om hvordan vi skal tenke om og sette fenomenet teleomsorg på begrep, og hvordan vi skal møte den helsepolitiske og omsorgsfaglige utviklingen.

21 Ethical frameworks for telecare technologies for older people at home. Prosjektet involverte forskere fra Spania, Nederland, Storbritannia og Norge, og var finansiert gjennom EUs syvende rammeprogram. Prosjektet varte i tre år (fra 01.03.2008 – 28.02.2011). For mer informasjon se prosjektets nettside: www.lancs.ac.uk/efortt

Teoretiske og analytiske ressurser

Helse-, omsorgs- og velferdsforskning har i liten grad vært opptatt av teknologi (Haualand 2012). Det samme kunne man inntil ganske nylig si om sosiologi og samfunnsanalyse mer generelt. Siden ny teknologi i stadig større grad inngår i og medierer menneskelig handling og samhandling, er dette etter hvert i ferd med å endres. Det er ikke lenger så lett å behandle det sosiale som konstituert bare gjennom menneskers handling, samhandling, kunnskap og forståelser, i relativ isolasjon fra de fysiske, materielle og teknologiske vilkårene de oppstår under.

Innenfor det tverrfaglige forskningsfeltet for studier av vitenskap, teknologi og samfunn (STS) har man imidlertid lenge forsket på hvordan objekter, fakta og teknologier inngår i og bidrar til både å endre og stabilisere gitte sosiale konstellasjoner (Latour 2005, Law 2004, Asdal mfl. 2007). For eksempel brukes begrepet «hybride kollektiver» for å innstille forskere på å legge merke til hvordan «det sosiale» blir til, ikke bare gjennom menneskelige aktører og deres handlinger og forståelser, men også objekter, teknologier og infrastrukturer (Callon og Law 1995, 1997). Begrepet framhever også at det er kollektivene – og de sammensatte og materielle praksisene som konstituerer kollektivene – som muliggjør oss som individer i første omgang. Vi trer fram som individer og subjekter på bakgrunn av et kollektiv, og vi bæres oppe av praksisene i kollektiver, som også inkluderer teknologier.

Disse studiene har vært opptatt av teknologiers produktive og formative kraft, men har likevel ikke forstått teknologier som gitt. Man har ikke bare rettet oppmerksomheten mot konsekvensene av teknologier når de introduseres som ferdige i et marked eller et samfunn. Man har også undersøkt hvordan de teknologiene som rett nok har konsekvenser, i første omgang har blitt formet og fått de sosiale konsekvensene «bakt inn» eller «skrevet inn» i utviklings- og innovasjonsprosessene. Teknologier forstås samtidig som formet av det samfunnet og den konteksten de har oppstått i, og som formende for de sammenhengene de introduseres til (Asdal mfl. 2007, 2001).

Dette kapitlet henter inspirasjon og ressurser, teoretisk og analytisk fra dette tverrfaglige forskningsfeltet. Feltet rommer ulike tradisjoner, tilnærminger og analytiske vokabularer. Et felles utgangspunkt er imidlertid at nye teknologier ikke blir tenkt ut i et vakuum. Nye teknologier forholder seg til samtiden og de oppgavene som må løses, de behovene og ønskene som skal fylles, de utfordringene som må møtes, og de mulighetene som kan realiseres.

Inspirert av en semiotisk tradisjon introduserte Michel Callon (1987) begrepet «scenario» for å fange og analysere dette forholdet. Ifølge Callon kan nye teknologier

forstås som å komme med hypoteser om eller scenarioer for det universet de skal inngå i. Et slikt scenario definerer aktører med spesifikke behov, interesser, preferanser, kvalifikasjoner og kompetanse, og de gjør antagelser om hvordan økonomien, politikken, samfunnet og moralen vil utvikle seg.

For å konkretisere og illustrere: I vårt tilfelle handler det om framtidsscenarioer basert på statistiske framskrivinger og hypoteser om eldrebølgen, økende press på velferdsstatens budsjetter, mangel på helsefaglig arbeidskraft, ønsker om å bo hjemme lengst mulig, individualisering og vekt på selvbestemmelse og uavhengighet som verdier i omsorg. Å tenke ut nye teknologier og tjenesteformer innenfor helse- og sosialsektoren handler altså om å presentere påstander eller forslag om nye idealer og former for omsorg. Videre handler det om nye idealer for det å være menneske og hva det innebærer å realisere sitt menneskelige potensial og handlekraft (Callon 2010; Pols 2012).

Tilsvarende har Steve Woolgar (1991) undersøkt hvordan designere og ingeniører, når de utvikler nye prototyper for ideer, ikke bare konfigurerer nye teknologier, men også definerer karakteristikaene til brukerne. Woolgars argumentasjon er at både bruken og brukerne blir konfigurert i en og samme prosess som teknologien. De nye teknologiene har innebygget en rekke forutsetninger om hvem og hvordan brukerne er, hva slags kvalifikasjoner og kompetanse de har, og hvilke behov de vil ha.

Madeleine Akrich har utviklet denne tankerekken videre og brukt en metafor fra teater- og filmverdenen for å analysere hvordan teknologier alltid kommer med et skript som angir hvordan og i hvilken sammenheng en teknologi skal brukes (1992). Teknologier kan altså analyseres som en film eller et skuespill. Skriptet angir både hva slags setting og situasjon man er i, hvem de ulike aktørene er, og hvilke karakterer og roller de har, hvilke behov, ønsker og drømmer de bærer på, hvilke interesser de har, og hvordan relasjonene mellom dem utvikler seg. Slik kan teknologier forstås som å foreskrive roller og relasjoner mellom ulike aktører, gjøre manifeste og aktuelle visse verdier og idealer, og forme de omgivelsene og den verdenen som aktørene deltar i.

Hvorvidt en teknologi blir vellykket og vinner fram, vil imidlertid avhenge av om de reelle brukerne kjenner seg igjen i disse skriptene og vil gå inn i og ta (opp) rollene som tilbys. Et teknologisk skript eller scenario determinerer altså ikke den aktuelle bruken og utviklingen helt av seg selv. Designere er i likhet med dramatikere og andre manusforfattere for langt unna til å kunne instruere bruken, mens brukere kan tilpasse sitt opprinnelige mål med å bruke en teknologi. Skript er ikke statiske, de etterlater alltid et rom for tolkning og frihet i utøvelsen for dem som

tar opp roller. Skript kan også endres underveis – brukere kan for eksempel la være å godta de rollene de tilskrives, de kan lage egne skript, antiskript, eller motskript. Slik kan man forstå og beskrive hvordan det skjer tilpasninger, forstått som en type forhandlingsprosesser, mellom teknologier og brukere og mellom teknologier og de kontekstene de inngår i (Pols og Moser 2009, Thygesen og Moser 2010).

I dette kapitlet leverer vi ikke noen tradisjonell skriptanalyse (Pols og Moser 2009, Tjora 2009, Oudshorn 2005). Skriptbegrepet baserer seg på en metafor og kan være et hjelpemiddel for tanken, et analytisk verktøy, som gjør forskeren, som forskningsinstrument, sensitiv og oppmerksom på spesielle ting. For vårt formål handler det om å spore hvordan innføringen av et nytt element (en teknologi) i en sammenheng skaper endringer i relasjoner og praksiser. Videre handler det om hvordan endringene også får konsekvenser for selve objektet eller saken, nemlig omsorg, og hvordan omsorg forstås og utøves. Det er denne mer generelle materielt-semiotiske tradisjonen som skriptbegrepet hører til, som ligger til grunn for tilnærmingen i dette kapitlet (Law 2008a, 2008b, 2010, Law og Mol 2007, Haraway 1991).

Endrede oppgaver og praksiser

Nå går jeg inn på pc-en og sporer ham opp ved lunsjtider for å se hvor han er, og om han er på vei tilbake. Hvis jeg ser at det er en bevegelse i riktig retning så venter jeg en stund og ser om han kommer av seg selv. Vi har måttet dra ut og hente han ett par ganger. En gang, for en stund siden, så oppdaget jeg at han var på samme sted når jeg sjekket igjen etter en drøy halv time. Da tok jeg bilen og dro for å finne ham. Han var nok veldig sliten og hadde tatt en pause. Men han syntes tydeligvis at det var godt å få sitte på i bilen tilbake hit.

Sitatet ovenfor er hentet fra intervju med avdelingsleder ved omsorgssenteret hvor Per Hansen nå bor. Det forteller hvordan de ansatte ved omsorgssenteret logger seg inn på pc eller mobiltelefon for å finne ut hvor beboeren befinner seg. De sjekker hans posisjon og går så inn litt senere for å sjekke i hvilken retning han beveger seg. Samtidig som de får hans posisjon opp på skjermen, gjøres en rekke faglige vurderinger. Hvor er han, hvor langt har han gått, hvor lenge har han vært ute, er han på vei tilbake, hvordan er tilstanden hans, og er det nødvendig å dra og hente han, er blant de spørsmålene som pleierne må ta stilling til på bakgrunn av den informasjonen som kommer frem på dataskjermen.

Det gjentatte og kontinuerlige tilsynet med hvor beboeren befinner seg, og hvordan det går med ham, er verken nytt for tjenesten eller spesielt for Per Hansen. Det gjøres overfor alle beboerne. Det som er endret, er hvordan tilsynet utføres.

Videre kan tilsynet ivaretas uten at man fysisk er på samme sted og i direkte kontakt. I stedet for å sjekke på rommet eller i fellesarealene, går man inn på kontoret og sjekker pc-en. Det helsefaglige personalet må bruke nye teknologier og redskaper, lage nye rutiner, lære å observere på nye måter og gjøre faglige vurderinger og slutninger på bakgrunn av nye typer data. De må lære seg å se, lese og tolke beboeren og hans bevegelser på nye måter, i nye medier, og på større avstand. I tillegg kommer det også nye oppgaver: GPS-enheten må for eksempel lades, den må legges i sekken eller festes i buksebeltet, og noen ganger må pleierne ut og kjøre for å hente Per Hansen hjem. I tillegg følger det nye administrative rutiner med nye teknologier fordi de er underlagt særegne retningslinjer knyttet til personvern og tvangstematikk.

Hva så med beboeren selv? Han kan fortsette å gå tur på egen hånd som før. Uten GPS-teknologien ville det ikke vært mulig, og han måtte ha flyttet inn på en skjermet avdeling med låste dører. Nå får Per tatt ut den fysiske energien på mer konstruktive måter enn å vandre hvileløst fram og tilbake i lukkede korridorer. Han har vært et friluftsmenneske, hatt en aktiv livsstil og er fremdeles i god fysisk form. Han har glede av å gå i naturen og i kjente landskap.

Mens han fremdeles bodde hjemme, ga GPS-enheten også kona og døtrene den tryggheten de trengte for å kunne ivareta jobb i tillegg til omsorgsoppgaver. Før GPS-enheten kom inn i livet deres, ordnet kona seg til for kvelden på en madrass foran utgangsdøra for å få med seg at mannen gikk ut på nattetid. Hun brukte timer på både dagen og natta ute på leting, i stadig uro og engstelse for hvor han befant seg, og om han ville bli funnet i god behold. Med GPS-teknologien fikk hun ro til å sove og ro til å være til stede på jobben. Hun var ikke lenger konstant utslitt, men kunne begynne å trene og delta på øvelser i koret igjen. Pers bevegelser kunne følges på avstand, og hun kunne hente ham dersom det viste seg å bli for sent, at han ble sliten eller ikke fant veien tilbake.

For pleierne på omsorgssenteret innebar bruk av GPS-enheten som sagt nye tilleggsoppgaver, men også frigjøring av tid og energi til andre ting. Som fortalt innledningsvis fantes det ikke ressurser på omsorgssenteret til å følge Per Hansen ut på tur eller gå på leteaksjoner. Å låse fysisk sterke og aktive beboere inne på skjermede enheter skaper imidlertid også arbeid. Det skaper frustrasjon og noen ganger også sinne og fortvilelse for de som ikke kommer ut, og ikke får energien og intensjonene sine realisert. I tillegg skaper det gjerne spenninger og sammenstøt mellom beboere, og mellom beboere og ansatte. Det er en del av livet i avdelingen som må håndteres, og som krever energi og ressurser: relasjonsarbeid, emosjonelt arbeid og psykisk helsearbeid. I så måte avlaster GPS-enheten fra det arbeidet.

Nye ansvarsområder og ny ansvarsfordeling

Ved å bruke tekniske løsninger overfører vi et tilleggsansvar. Jeg har ansvar for at GPS-en er ladet – for hvis ikke – og han går med den og den lader ut, er det min skyld at det går galt. Og det er opp til meg å finne en løsning som gjør at han får den med seg. Så det er ikke nok med GPS-en. Det er problemer med lommer, glidelåser og jakker. Og dette skal fungere sammen med utstyret.

Dette er kona til Per Hansen som reflekterer over hva innføringen av nye teknologier, som GPS-enheten, medfører av endringer og konsekvenser for ulike aktører. Hun har selv helsefaglig bakgrunn og ser utfordringene fra både helsetjenestenes og pårørendes synspunkter. I det aktuelle sitatet reflekterer hun over det ansvaret hun som pårørende fikk, og de nye oppgavene og løsningene hun måtte finne ut av. For ifølge henne kommer de nye omsorgsløsningene med visse forutsetninger: Noen må sørge for at enheten er ladet, at den er skrudd på, at den ikke skrues av hvis noen kommer borti den, at det ikke er så kaldt at den lader ut underveis, at vedkommende tar den med og ikke legger den igjen på en stubbe under rasten eller blir irritert og tar den ut av sekken før han går. Hvis ikke alle disse forutsetningene er til stede, fungerer ikke ordningen, og da gir teknologien ingen beskyttelse og trygghet.

Kona til Per Hansen prøvde ut en rekke kreative løsninger for å sikre at ting skulle virke. Hun lagde seg rutiner for ladning. Etter at hun opplevde at Per tok GPS-enheten ut av sekken eller jakkelomma, prøvde hun først å legge enheten i en skinnlomme festet til nøkkelknippet hans. Til slutt ble løsningen å feste den til beltet på bukse hans, for den hadde han alltid på når han skulle ut. I tillegg konstruerte hun en løsning med fyrstikker rundt knappene og en plastbeskyttelse rundt det hele som skulle hindre at Per kom til å skru enheten av hvis han kom borti knappene.

I de tilfellene hvor den pleie- og omsorgstrengende bor hjemme, blir dette stort sett pårørendes ansvar. Det oppleves som et krevende ansvar og et ansvar som blir usynliggjort i debatten om teleomsorg. Ikke alle pårørende har forutsetninger for å ivareta det. Mange eldre pårørende har for eksempel liten erfaring med ny teknologi. Det finnes en rekke GPS-løsninger tilgjengelige på det kommersielle markedet, og det er ingen enkel sak for pårørende å velge løsning, for ikke å snakke om operatør og leverandør, på egen hånd.

For beboere på institusjon blir dette de ansattes ansvar. Det krever tydeligere definisjon av oppgaveutførelsen og ansvaret må nedfelles i mer eller mindre formelle prosedyrer. På omsorgssenteret hvor Per bor, har nattevakten fått delegert ansvaret for å lade enheten hver kveld. En «ladningsliste» har blitt hengt

opp på vaktrommet og må signeres hver gang. Primærkontakten på dagtid har fått ansvaret for å sørge for at GPS-en er skrudd på, og at Per Hansen får den med seg før han går ut på tur. På omsorgssenteret har de valgt å løse dette ved å legge GPS-en sammen med drikkeflaska i rumpetaska som han alltid har med seg på tur. Primærkontakten har også ansvar for å ha tilsyn med Per Hansen via pc eller mobiltelefon mens han er ute og går.

I tillegg kommer en rekke faglige og skjønnsmessige vurderinger som må gjøres på daglig basis av dem som til enhver tid har ansvar for Per Hansen. De må for eksempel vurdere hvorvidt det er for kaldt eller for dårlig vær til å gå ut, til tross for bruk av GPS. Og de må vurdere trafikksikkerheten.

Nye aktører, kvalifiseringer i og avgrensninger av omsorgskollektivet

Jeg bestilte GPS-en, og da var det flere ting. Leverandøren programmerte den klar. Jeg måtte bare ordne med telefonabonnement. Ett til han og ett til meg. Men så gjorde teleoperatøren noe med abonnementet, og så plutselig så virket den ikke. Og da var det de som måtte rydde opp og ta ansvar for at GPS-en ikke funket.

Jeg hadde et vanlig mobilabonnement og opprettet to nye da vi kjøpte GPS-en. Det innebar at jeg sto oppført med tre mobilabonnementer som folk fikk opp da de søkte på meg i telefonkatalogen på Internett. De visste naturligvis ikke hvilke numre som var gyldige. En venn av meg sendte en melding til GPS-en. Da ringte jeg teleoperatøren og ga beskjed om at det nummeret skulle være skjult nummer. De gjorde imidlertid en feil og sperret i stedet nummeret på hans GPS-enhet. Det førte til at GPS-en ble sperret for posisjonsangivelser siden den var sperret for utmeldinger. Det var leverandøren som oppdaget dette ved en tilfeldighet. Alt vi visste var at GPS-en ikke virket som den skulle. Så leverandøren ringte til teleoperatøren og fant ut av det.

Så langt har vi vist hvordan teleomsorg innebærer nye oppgaver, praksiser, ansvar, kreative løsninger og «forhandlinger» for å få ting til å henge sammen og virke sammen. Sitatet ovenfor forteller enda en gang at dersom løsninger med teleomsorg skal fungere, må noen legge til rette, ordne i stand og ordne opp. Det sier oss imidlertid en ytterligere, ny ting. Det viser at det kommer nye aktører inn i bildet også. I dette tilfellet handler det om utstyrsleverandører og teleoperatører. De blir innrullert i og del av et omsorgskollektiv. De inngår i de anordningene, praksisene og prosessene som til enhver tid bærer Per Hansen oppe som den beboeren og pasienten han er, og utgjør forutsetningene for de kapasitetene, kvalifikasjonene, posisjonene og mulighetene han får (Callon og Rabeharisoa 2003, Moreira 2004, Thygesen og Moser 2009).

Etter at Per Hansen var flyttet til et omsorgssenter, ble enda flere aktører trukket inn. Ønsket om å beholde og få fortsette å bruke GPS-enheten betød at Fylkesmannen, som representant for regionale helsemyndigheter, måtte kobles inn. Når det gjelder lovgivingen på feltet, skal Fylkesmannen godkjenne bruken av teleomsorgsløsninger i demensomsorg, der dette omfatter offentlig tjenesteyting.²² På bakgrunn av søknad fra pårørende og ledelsen ved omsorgssenteret gjorde Fylkesmannen en vurdering. Spørsmålet var hvorvidt bruken av denne teknologien er å anse som en form for overvåkning som er uakseptabel, gitt at Per Hansen ikke fullt ut forstår og kan samtykke til det inngrepet som denne omsorgsformen innebærer. I dette tilfellet vurderte Fylkesmannen det slik at det var tungtveiende at Per Hansen kunne fortsette et aktivt liv, og at han ikke aktivt motsatte seg løsningen. Kanskje kan vi si at Fylkesmannen la mer vekt på det at teknologien gjorde det mulig for Per Hansen å utfolde et aktivt liv, samtidig som pleie- og omsorgstjenestene kunne *våke over* han, enn at teknologien representerte utilbørlig *overvåkning*.

I den politiske retorikken om teleomsorg eller velferdsteknologi brukes ofte argumentet om at teknologien representerer en ny løsning særlig for dem som ikke har pårørende. Teknologien er en erstatning for det å ha nettverk eller et fungerende kollektiv som kan ta hånd om en. Teknologien skal gjøre det mulig for dem som står alene, å fortsette å klare seg selv.

Denne retorikken står i sterk kontrast til de erfaringene med å bruke teknologier og teleomsorgsløsninger som våre studier viste. Disse undersøkelsene viser at teknologier ikke fungerer i et vakuum eller av seg selv. Tvert imot forutsetter de et kollektiv av ulike aktører og en koordinering og fordeling av oppgaver og ansvar. Enten må teknologien innlemmes i et eksisterende omsorgskollektiv for den spesifikke beboeren, som i tilfellet med Per, eller så må det mobiliseres og defineres et nytt. Innenfor dette kollektivet må aktører kvalifiseres og ansvarliggjøres. Noen må for eksempel få eller ta på seg oppgaven med å ordne abonnement, være kontaktperson mot leverandør og operatør, ordne med oppføringene i telefonkatalogen og finne ut av det når teknologien ikke lenger gir informasjon om hvor vedkommende befinner seg fordi abonnementet ved en feiltagelse har blitt sperret. Som vi har sett før, må noen også lade, følge med og lære å observere og tolke informasjon på nye måter. Og noen må ta på seg oppgaven med å reise ut og lete eller hente Per Hansen når han ikke finner hjem på egen hånd.

22 Knyttet til *Pasientrettighetsloven* (Helse og omsorgsdepartementet 2011: kapittel 4A) og *Helse- og omsorgstjenesteloven* (Helse og omsorgsdepartementet 2011: kapittel 9).

Nye verdier og idealer i omsorg

Teleomsorg bytter altså ikke ut menneskene med teknologi og overvåkning. Omsorgen settes ikke til side og utarmes ikke. Omsorgen antar imidlertid nye former, involverer nye oppgaver og aktører, fordeler oppgaver og ansvar på nye måter og retter seg mot nye verdier og idealer.

Som fortalt i den innledende fortellingen var GPS-enheten avgjørende for at Per Hansen kunne fortsette å gå turer på egen hånd og leve et aktivt liv. Han kunne fortsette med aktiviteter som hadde vært viktige og identitetsdannende for ham. Det skapte kontinuitet med tidligere liv og ga ham også et liv utenom både sykdom og institusjon. Han kunne opprettholde sosiale relasjoner. Han besøkte hyppig en gammel venninne, og han tok opp igjen en gammel hobby og lidenskap: dansen. Disse aktivitetene ga han tilgang til posisjoner og relasjoner som ikke på samme måte var avhengighetsrelasjoner. Ved at han besøkte en gammel venninne, kunne han for eksempel vise omsorg og ikke bare være mottaker av den. Å ta del i slike aktiviteter gjorde det mulig for Per Hansen å bevare en identitet og opprettholde et selv som ikke var definert av og redusert til sykdommen.

I tillegg gjorde GPS-enheten det mulig for Per Hansen i praksis å fortsette å hevde og utøve selvbestemmelse, selvstendighet og evne til å ta vare på seg selv. De daglige turene ble konkrete uttrykk for og manifestasjoner av selvbestemmelse og selvstendighet. De åpnet høyt verdsatte posisjoner for han. Turene på egen hånd gjorde at han ble tilskrevet disse kapasitetene og posisjonene. Turene realiserte disse verdiene og idealene for det å være menneske.

Dette er nye verdier og nye idealer i omsorg. Det er nye visjoner for omsorg og for de menneskelige behovene og ønskene som omsorg skal møte og dekke. Det er også nytt at disse idealene går foran behov for trygghet:

Men jeg er livredd for at den [GPS-en] ikke virker. Nå er det mørkt om to timer. Og melding er sendt. Men jeg vet ikke hvorfor hans enhet ikke svarer. Den kan ha ladet seg ut. Den kan ha skrudd seg av – at han har kommet bort i knappen. Eller det kan være noe tull med abonnementet.

Igjen er det kona til Per Hansen som reflekterer. Likevel er det viktigere for henne at Per fortsatt kan være aktiv og gå turer i skog og mark. Å bli låst inne på en skjermet enhet er det siste hun kan tenke seg for ham. Det ville være det aller verste alternativet.

Men også for seg selv er det viktig med uavhengigheten og muligheten til å opprettholde et liv utenom sykdom og omsorgsansvar. «GPS-en gjorde jo at jeg kunne gå på jobb», sier hun. Hun «fikk et nytt liv», eller fikk tilbake livet, og var ikke lenger fullt ut bundet av omsorgsoppgavene, siden hun ikke trengte å være fysisk

til stede hele tiden. Sånn sett representerte GPS-teknologien og den omsorgen den åpnet for, omsorg for dem begge, for pårørende så vel som for den som var definert som pleie- og omsorgstrengende.

Konklusjon: Nye former for omsorg

Dette kapitlet har undersøkt på hvilke måter teleomsorg – omsorg som ytes på avstand og mediert av nye, IKT-baserte teknologier, nå gjerne omtalt som «velferdsteknologier» – får betydning og utgjør en forskjell. Spørsmålet har vært hvilken forskjell, eller hvilke forskjeller, teleomsorg gjør, hvordan den gjør det, og for hvem. Argumentet som har blitt utviklet, har flere deler. Første del av argumentet handler om at det å innføre nye elementer – som teknologier, om enn bare en GPS-enhet – skaper nye og endrede oppgaver, praksiser og rutiner. De nye elementene fordeler ansvar på nye måter og bringer sammen et nytt omsorgskollektiv – med kvalifiseringer og nye avgrensninger og definisjoner av både kollektivets utbredelse og sammensetning.

Andre del av argumentet handler om at denne nye konstellasjonen er rettet inn mot å realisere andre verdier og idealer i omsorg. Den er rettet inn mot å muliggjøre og utvikle nye menneskelige potensialer, kapasiteter og posisjoner. Sentralt står subjektive kapasiteter som selvbestemmelse, selvstendighet og evne til å ta vare på og dra omsorg for seg selv.

Tredje del av argumentet er at dette betyr at teleomsorg ikke bare handler om nye former for organisering og støtte for omsorg, enn si medieringer av omsorgen, på avstand. Teleomsorg handler også om en forskjell i innholdet, objektet og saken selv: en forskjell i forståelsen av hva omsorg er og skal være, et annet omsorgsideal og en annen idé om hva som er «god omsorg». God omsorg er ikke lenger det samme som å bli tatt godt vare på. God omsorg ligner i dag mer på idealet om å kunne ta vare på seg selv eller bli satt i stand til å ta vare på seg selv og opprettholde selvet. Det å bli innlemmet i et medisinsk eller helsefaglig kollektiv for behandling innebar tidligere en overdragelse av stemme, kunnskap, autoritet og subjektivitet, men dette utfordres i våre dager.

Fjerde og siste del av argumentet er at teleomsorg innebærer nye muligheter, men også begrensninger. Teknologier virker ikke av seg selv og gjør ikke alt selv. Det er mange oppgaver og funksjoner som ikke kan delegeres til teknologier alene. Som vi har vist, må noen derfor få eller ta på seg en rekke oppgaver som danner forutsetninger for at teleomsorgen skal fungere. Ikke alle kan ta på seg disse oppgavene og bære dette ansvaret, og ikke alle har noen som kan ta over de oppgavene og det ansvaret for seg.

Om kapitlet

Vi vil gjerne takke brukere, pårørende og ansatte i omsorg for personer med demens som velvillig har delt av egne erfaringer i det forskningsprosjektet som denne artikkelen bygger på. Vi er også alle våre partnere i EFORTT-prosjektet, og andre forskere i feltet, stor takk skyldige. Dette prosjektet ble gjort mulig av finansiering fra EUs 7. rammeprogram og Diakonhjemmet Høgskole. Sist, men ikke minst, takker vi redaktørene og medforfattere som har bidratt med konstruktive kommentarer og verdifulle innspill til tidligere versjoner av kapitlet.

Referanser

- Akrich, M. (1992) The de-scription of technical objects, i Bijker, W.E. og Law, J. (red.) *Shaping technology, building society. Studies in sociotechnical change*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (red.) (2001). *Teknovitenskapelige kulturer*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (red.) (2007). *Technoscience. The politics of interventions*. Oslo: Oslo Academic Press.
- Callon, M. (1987). Society in the making. The study of technology as a tool for sociological analysis, i Bijker, W.E., Hughes, Th.P. og Pinch, T.J. (red.) *The social construction of technical systems. New directions in the sociology and history of technology*. Cambridge, Massachusetts og London: MIT Press.
- Callon, M., Lascoumes, P. og Barthe, Y. (2009). *Acting in an uncertain world. An essay on technical democracy*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Callon, M. og Law, J. (1995). Agency and the hybrid collectif, *South Atlantic Quarterly* 94: 481–507.
- Callon, M. og Law, J. (1997). After the individual in society. Lessons in collectivity from science, technology and society, *Canadian Journal of Sociology* 22 (2): 165–182.
- Callon, M. og Rabeharisoa, V. (2003). *Articulating bodies. The case of muscular dystrophies*. Paris: Centre de Sociologie de l'Innovation, Paris Tech / Ecole des Mines.
- Department of Health (2005). *Building telecare in England*. London: Department of Health.
- Haraway, D. (1991). Situated knowledges. The science question in feminism and the privilege of partial perspective, i *Simians, cyborgs and women. The reintervention of nature*. New York: Routledge.
- Hualand, H. (2012). *Interpreting ideals and relaying rights. A comparative study of video interpreting services in Norway, Sweden and the United States*. Ph.d.-avhandling, Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sosialantropologi.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2001). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Innovasjon i omsorg*. NOU 2011: 11. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*. NOU 2011: 9. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- ISTAG: Information Society Technology Advisory Group (2004). *Report on strategic orientations for information and communication technologies research in Europe*, <http://cordis.europa.eu/ist/istag-reports.htm>
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social. An introduction to actor-network-theory*. Oxford: Clarendon.
- Law, J. (2004) *After method. Mess in social science research*. London: Routledge.
- Law, J. (2008a). Actor-network theory and material semiotics i Turner, B.S. (red.) *The new Blackwell companion to social theory* (3. utgave). Oxford: Blackwell.
- Law, J. (2008b). On STS and sociology, *The Sociological Review* 56 (4): 623–649.
- Law, J. (2010). The materials of STS i Hicks, D. og Beaudry, M. (red.) *The Oxford handbook of material culture studies*. Milton Keynes: Open University Press.
- Mol, A. og Law, J. (2007) Embodied action, enacted bodies. The example of hypoglycaemia i Burri, R. og Dumit, J. (red.) *Biomedicine as Culture*. London: Routledge.
- Moreira, T. (2004). Self, agency and the surgical collective. Detachment, *Sociology of Health and Illness* 26 (1): 32–49.
- OECD (2005). *Long-term care for older people. The OECD health project*. Paris: OECD Publishing.
- Oudshorn, N. (2005). Clinical trials as a cultural niche in which to configure the gender identities of users. The case of male contraceptive development i Oudshorn, N. og Pinch, T. (red.) *How users matter. The co-construction of users and technology*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Pols, J. (2012). *Care at a distance. On the closeness of technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Pols, J. og Moser, I. (2009). Cold technologies versus warm care? On affective and social relations with and through care technologies, *Alter, European Journal of Disability Research* 3 (2): 159–178.
- Thygesen, H. (2009). *Technology and good dementia care. A study of technology and ethics in everyday care practice*. Ph.d.-avhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, Senter for teknologi, innovasjon og kultur (TIK).
- Thygesen, H. og Moser, I. (2009). Dagsentrenes betydning i demensomsorgen. Om å opprettholde pasientkollektiver, *Omsorg. Nordisk tidsskrift for palliativ medisin* (2): 47–51.
- Thygesen, H. og Moser, I. (2010). Technology and good dementia care. An argument for an ethics-in-practice approach, i Domenech, M. og Schillmeier, M. (red.) *New Technologies & Emerging Spaces of Care*. London: Ashgate.
- Tjora, A. (2009). The groove in the box. A technologically mediated inspiration in electronic dance music, *Popular Music* (28): 161–177.
- Willems, D. (2001). Dokters en patiënten in kleine medische technologie [Doctors and patients in small medical technology], i Mol, A. og Berg, M. (red.) *Ingebouwde normen. Medische technieken doorgelicht* [Norms incorporated. Medical technologies screened]. Utrecht: Van der Wees uitgeverij.
- Willems, D. (2010). Varieties of goodness in high-tech home care, i Mol, A., Moser, I. og Pols, J. (red.) *Care in practice. On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Woolgar, S. (1991). Configuring the user. The case of usability trials, i Law, J. (red.) *A sociology of monsters? Essays on power, technology and domination*. London: Routledge.